

Políticas y prácticas del aborto en Chile: ambigüedades y dilemas

Bonnie L Shepard,^a Lidia Casas Becerra^b

^a Especialista en Planificación y Evaluación. Estrategias de Desarrollo de Sectores Sociales, Brookline MA, USA. E-mail: bonnie.shepard@gmail.com

^b Investigadora y Profesora de Leyes, Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho, Santiago, Chile.

Resumen: *En Chile, el aborto no es legal, ni tan siquiera para salvar la vida o salud de la mujer. Esta situación crea graves dilemas y vulnerabilidades tanto para las mujeres como para los profesionales médicos. La incidencia del aborto probablemente ha disminuido desde 1990, último año en que se estudiaron los datos, debido al aumento en el uso de anticonceptivos y al descenso en fertilidad; además, las tasas de muertes y complicaciones también han disminuido. Misoprostol está disponible, pero en los hospitales chilenos aún se utiliza el legrado uterino instrumental (LUI) para el aborto incompleto. Aunque la ley exige que los profesionales médicos chilenos denuncien abortos ilegales a las autoridades, menos del 1% de las mujeres en hospitales con complicaciones son reportadas. Existen dos lagunas: una jurídica y una clínica. La “interrupción del embarazo” después de 22 semanas de gestación es legal para indicaciones médicas, lo cual puede salvar la vida de las mujeres pero también forzar la prolongación de embarazos que ponen en riesgo su salud. Las directrices clínicas católicas definen las intervenciones cuyo objetivo exclusivo es salvar la vida de la mujer, aun si el feto muere, no como aborto sino como “aborto indirecto” y permisible. Desde 1989, los tres proyectos de ley para liberalizar la ley por motivos terapéuticos fueron infructuosos. El clima político no es favorable para cambiar la ley. Los conservadores tampoco han logrado hacer la ley más punitiva, mientras que la coalición gobernante de centro-izquierda está dividida y existen considerables riesgos políticos en abogar por leyes menos restrictivas.*

Palabras Clave: *mortalidad materna, metodología de investigación, muertes mal clasificadas, migración, Cuerno de África, Suecia.*

CHILE es uno de los cuatro países, con El Salvador, Malta y más recientemente Nicaragua, donde no existe excepción legal a la prohibición del aborto para salvar la vida de una mujer. Informes recientes sobre el aborto en El Salvador¹ y Nicaragua^{2-4*} han puesto de manifiesto las tragedias y violaciones de los derechos humanos que se derivan de estas leyes. De acuerdo con estudios realizados en Chile⁵ y en el mundo entero, las complicaciones por aborto afectan fundamentalmente a

mujeres y adolescentes de bajos ingresos, debido a que sólo pueden acceder a abortos inseguros, una situación de gran inequidad social. Dado que todos los servicios de aborto operan de manera clandestina en Chile, es muy poco lo que se conoce sobre la práctica real o sobre el perfil de las mujeres que se practican un aborto. Este artículo intenta, en la medida de lo posible, arrojar luz sobre las prácticas y políticas oficiales y clandestinas vinculadas al aborto. La sección sobre la práctica del aborto se basa en un estudio de Shepard,⁶ y la sección sobre políticas relacionadas con el aborto en la reciente investigación legal y experiencia de Lidia Casas como abogada.

Históricamente, Chile ha sido uno de los países más progresistas en materia de salud reproductiva en Latino-

* Rosita es un reciente documental que dramatiza la oposición de las autoridades nicaragüenses al acceso a un aborto legal a una niña de 9 años cuya gestación fue resultado de una violación.

américa. En el año 1964,⁷ bajo el gobierno de Eduardo Frei, presidente demócrata cristiano cercano a la Iglesia Católica, se convirtió en el primer país latinoamericano, además de Cuba, en implementar un programa público de planificación familiar debido a las tasas de mortalidad excepcionalmente altas derivadas de las complicaciones por abortos ilegales. El programa fue muy efectivo. La mortalidad materna por aborto inseguro bajó de 107 por 100 mil nacidos vivos a 5 en el 2000.^{8,9} La ley de 1931 sobre aborto terapéutico permitía el aborto para proteger la vida y salud de la mujer, pero fue derogada por la dictadura militar en 1989, poco antes de que un gobierno democrático asumiera el poder.

Incidencia del aborto y prácticas abortivas⁶

No existen datos confiables sobre la incidencia del aborto inducido y sus consecuencias en la salud pública. Más del 99% de los abortos inducidos no son reportados en los hospitales públicos, son registrados bajo algún otro procedimiento o reportados como abortos espontáneos.* Por esta razón, existe un sub-reporte en el número de embarazos, abortos espontáneos, condiciones relacionadas con gestaciones de alto riesgo, anomalías fetales y morbilidad postaborto. Sólo existe evidencia anecdótica sobre prácticas inseguras, que incluyen la inserción de catéteres y otros métodos tradicionales. Probablemente, los abortos hayan disminuido desde el año 1990 debido a la disponibilidad de misoprostol, ampliamente conocido y utilizado en Latinoamérica para inducir el aborto, especialmente hasta las 9 semanas posteriores al último periodo menstrual.

Como en la mayoría de países, el misoprostol se vende legalmente en las farmacias chilenas, con prescripción médica, para el tratamiento de úlceras estomacales. Es también utilizado legalmente en las salas obstétricas para inducir el parto y para el tratamiento y prevención de la hemorragia postparto. Algunos médicos y obstetras proporcionan a sus pacientes el misoprostol con fines abortivos en la práctica privada. El medicamento y las instrucciones de uso están disponibles a través de páginas electrónicas chilenas y en el mercado negro. El costo de 4 a 6 píldoras es mucho más alto que en países desarrollados, oscila entre 38 mil y 50 mil pesos chilenos.

* Para proteger de acusaciones tanto a las mujeres como al equipo médico, los datos de las pacientes reportados al Ministerio de Salud no diferencian entre aborto inducido y espontáneo.

Toda la literatura publicada sobre el aborto en Chile cita los estimados de un estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher,^{10,11} basado en datos de 1990, que colocaban a Chile como uno de los países con las tasas de aborto más altas del mundo. Si tomamos en cuenta la disminución en la fertilidad y las complicaciones por aborto en los últimos 15 años, estos estimados están desactualizados.

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2001, realizada por el Ministerio de Salud,¹² en 1990 ocurrieron 44,468 hospitalizaciones por aborto (espontáneo e inducido), mientras que en 2001 ocurrieron 34,479, lo que indica una disminución del 22%. Aunque la autora (Shepard) no pudo replicar totalmente la metodología del estudio original, los estimados a los que llegó utilizando los mismos factores multiplicadores y de corrección sugieren que el número total de abortos puede también haber disminuido en 22% en 2001, con una reducción de 9% en la tasa de aborto de Chile.⁶ Este descenso en ambos indicadores se produjo en un periodo de crecimiento de la población de mujeres en edad reproductiva en un 23%. La disminución de abortos en un 22% es más alta que la de los nacimientos (16%) durante el mismo periodo. Estos estimados deben ser tomados con cautela debido a que se basan en datos hospitalarios; los expertos atribuyen la reducción por aborto en las hospitalizaciones a factores como el creciente uso de procedimientos asépticos y terapia antibiótica entre quienes practican abortos clandestinos, la creciente disponibilidad de misoprostol y el incremento en el uso de anticonceptivos†.

Según los datos de mortalidad materna, en 2001 se reportaron 4 muertes por aborto, y 7 en 2002, comparadas con 29 muertes en 1990. La razón de mortalidad materna para Chile en 2003 fue de aproximadamente 14 por 100 mil nacidos vivos (Comunicación personal, doctor René Castro, Ministerio de Salud, Director, Programa de Salud de la Mujer, marzo 2006). Esta cifra sitúa a Chile en una posición favorable respecto a la mayoría de países latinoamericanos (la razón de MM

† Aunque muchos asumen que el uso de misoprostol reduciría los índices de complicaciones severas por aborto tal como éstas están registradas en las estadísticas hospitalarias sobre aborto, el efecto no es directo. Los informes anecdóticos y la investigación en otros países como Brasil sugieren que algunas mujeres que utilizan el misoprostol sin supervisión médica terminan en el hospital, sea debido a un aborto incompleto, sea porque no están informadas sobre efectos secundarios normales como el sangrado. Es también probable que más mujeres sientan que pueden buscar atención postaborto que en el pasado.

para Argentina en 2001 fue de 70), pero es todavía tres veces más alta que la de Estados Unidos o Canadá.¹³ Los adolescentes más jóvenes, de 14 años o menos, tienen un acceso limitado a la anticoncepción, como muestra la elevada razón de abortos reportados en este grupo de edad en 2003: 3,392 abortos por 994 nacidos vivos.¹⁴ Dado el reducido número de muertes, es probable que la morbilidad sea la consecuencia más significativa del aborto inseguro ilegal en Chile; no existe, sin embargo, información al respecto.

Atención postaborto en hospitales chilenos: Desactualizada y contradictoria

Según diversos informantes y el Manual Obstétrico de la Escuela de Medicina, Universidad Católica,¹⁵ la dilatación y el legrado uterino (D&C por sus siglas en inglés) siguen siendo utilizados en Chile para la atención postaborto en el primer trimestre. Este método es más intrusivo y riesgoso que la aspiración y el aborto médico, ambos recomendados por la OMS desde hace ya varios años.¹⁶

No existe información sistemática sobre otros aspectos de la atención postaborto en Chile, aunque sí referencias individuales de abuso emocional y, en algunos casos, físico, tal como practicar la D&C sin anestesia. Casas⁵ realiza un recuento de diversos casos en los que se constata una flagrante violación a los derechos humanos cuando las mujeres son reportadas a las autoridades: “... mientras las enfermeras la interrogaban y los médicos la sermonaban, ella miraba cómo sus manos se volvían transparentes por la pérdida de sangre... ‘Me acordaba de las enfermeras diciéndome que si no les daba el nombre del doctor que me había hecho el aborto, me dejarían desangrarme hasta morir’”. (16 años)¹⁷

Las disposiciones legales sobre confidencialidad médica son contradictorias. Por un lado, el personal médico está obligado legalmente a denunciar posibles delitos a las autoridades.¹⁸ Por otro, los profesionales están eximidos por ley de divulgar en la corte información recibida confidencialmente de sus pacientes.¹⁴ En la mayoría de los países latinoamericanos existe este tipo de disposiciones, pero no existe consenso en Chile sobre cómo resolver el conflicto legal. Sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró recientemente que la protección de la confidencialidad médica debía ser el interés superior en la denuncia de un delito.¹⁹

Al margen de las ambigüedades legales, el número de casos de aborto reportados al sistema judicial penal desde el advenimiento de la democracia ha disminuido

significativamente, y representó menos de 0.5% de los casos de aborto atendidos en hospitales en el año 2001, o menos de 0.01% de todas las investigaciones penales de la Oficina del Fiscal y la Defensoría Penal Pública. Al parecer, los casos hospitalarios tienden a ser reportados a las autoridades sólo cuando se prevé que ocurra una muerte, o en casos de perforación uterina, en la medida en que suponen una auditoría hospitalaria.⁵ (¿?) En 2000, 46 mujeres fueron encontradas culpables de aborto y en 2001, 31.^{20*}

De acuerdo con la información de la Oficina del Fiscal, de 69, 960 investigaciones penales en 2003, 29 se relacionaban con un aborto.^{21†} En los últimos años, las mujeres procesadas ya no son enviadas a la cárcel; el fiscal impone una “desestimación condicional”, que significa que las mujeres deben reportarse mensualmente a la Oficina del Fiscal por un periodo de un año.

La mayoría de profesionales médicos⁶ citan la ética médica como la principal razón por la que más del 99.5% de los médicos y obstetrices chilenos no denuncian a las mujeres ante las autoridades. Muy pocos mencionan la confidencialidad médico-paciente. Otra de las principales razones citadas es que si las mujeres temen ser denunciadas, retrasan el arribo al hospital y llegan en peores condiciones. Otros señalan que aun cuando la postura de los profesionales sea de fuerte oposición al aborto, el proceso judicial demanda tanto tiempo que la mayoría de los médicos no desea involucrarse.

Actualmente, la inducción del parto o la realización de una operación cesárea durante o después de las 22 semanas de embarazo son consideradas por la profesión médica como una “interrupción del embarazo”, no un aborto. Sin embargo, si el médico no puede demostrar que el procedimiento tenía indicación médica, podría correr el riesgo de ser procesado en la medida en que no existen directrices médicas oficiales para tales casos. En un caso prominente que fue destacado por los medios de comunicación en 2003, se negó el pedido de aborto a una mujer con embarazo molar, a pesar de que el Colegio Médico respaldaba públicamente su solicitud. Finalmente, a las 22 semanas, se realizó la “interrupción del embarazo” luego de que surgieran graves complicaciones para su salud.²² Según se informó, cuando se anunció que el caso había sido resuelto, el Ministro de Salud tuvo que visitar al Cardenal para darle explicaciones.

* Estas estadísticas están incompletas, en la medida en que a finales del año 2000, empezó la implementación gradual de un sistema de justicia penal con registros paralelos.

† Esta información corresponde a seis regiones donde se implementó el nuevo sistema de justicia penal.

Las opiniones de los profesionales médicos entrevistados⁶ fueron diversas respecto a qué hacer en caso de riesgo para la salud de la mujer. Aunque la práctica ofrece mayor libertad de acción de lo que la actual ley permite, no existe una política uniforme respecto a cuándo existe indicación médica para el aborto. Aunque la ley no menciona excepciones, los médicos y algunos expertos en derecho penal sostienen que las intervenciones dirigidas a salvar la vida de la mujer no infringen la ley, incluso cuando provocan la muerte del feto.^{23,24} Con este argumento, algunas autoridades y académicos católicos chilenos han afirmado que las leyes vigentes permiten a los médicos salvar la vida de la mujer.²⁴ Este argumento se basa en las definiciones católicas del aborto según el derecho canónico. De acuerdo con las actuales directrices de los hospitales católicos en Chile y los EE.UU.,^{15,25} es posible interrumpir un embarazo antes de que sea viable para salvar la vida de la mujer, incluso si provoca la muerte del feto. Éticamente, esta situación es vista por la iglesia como un “aborto indirecto”, porque el propósito principal es salvar la vida de la mujer; la pérdida del feto es una consecuencia desafortunada e indirecta.

El caso de embarazos ectópicos ilustra esta interpretación de la ley ampliamente difundida. La mayoría de los informantes⁶ estuvieron de acuerdo en que los médicos chilenos interrumpirían un embarazo ectópico, pues de lo contrario la mujer moriría inevitablemente mucho antes de que el feto fuera viable. Sin embargo, se reportaron dos casos en un hospital católico en que los médicos esperaron que el corazón del feto dejara de latir antes de intervenir, poniendo en riesgo a la mujer. En el año 2002, existían en los archivos del sistema de seguridad social 408 procedimientos quirúrgicos por embarazos ectópicos, esto sugiere que el número total de procedimientos de este tipo es mucho mayor a nivel nacional.^{26*}

El Manual Obstétrico de la Universidad Católica de Chile¹⁵ menciona otros ejemplos de condiciones que justifican el “aborto indirecto”: sangrado uterino anormal masivo, hígado graso agudo, e infección de ovarios séptica. Shepard⁶ encontró varias opiniones sobre otros casos en los que podrían aplicarse consideraciones terapéuticas:

- Cáncer avanzado cérvicouterino o de ovarios, que requieren de una histerectomía que sería practicada, según los informantes, en todos los hospitales.

- Otros tipos de cáncer durante el embarazo: La mayoría de los entrevistados pensaba que los médicos chilenos aplicarían radiación y quimioterapia si hubiera indicación médica, a pesar del daño potencial al feto, aunque varios consideraban que muchas veces se forzaría a una mujer con una gestación temprana a postergar el tratamiento (citaron dos casos). Un experto señaló que hasta el 2006, la mayoría de los estudiantes de medicina del curso de bioética de una universidad pública, votó, al presentarles este caso por postergar el tratamiento. El aborto no sería considerado una alternativa legal, pero todos afirman que es legal tratar el cáncer en cualquier edad gestacional sin realizar un aborto.
- Embarazos molares: Algunos embarazos molares ponen en riesgo la vida de la gestante, y dan como resultado un crecimiento cancerígeno que requiere quimioterapia. En el caso antes citado, muchas personas pensaban que si no se hubiera hecho público, la mujer hubiese podido encontrar más fácilmente un médico que le practicara el aborto.
- Anencefalia: En estos casos el aborto sería ilegal y la mayoría de los hospitales no lo realizaría, debido a que esta condición no supone un riesgo de muerte para la madre. Un caso que llegó a la corte en Brasil estableció un precedente legal en 2004 al permitir la inducción del parto, en este caso debido a que el feto no puede sobrevivir de manera independiente.²⁷ En Argentina, las cortes han dictaminado que la inducción del parto en una gestación mayor a 22 semanas no puede ser considerada un aborto bajo el Código Penal, por lo que se permite a los médicos inducir el parto.²⁸
- Violación o incesto: Todos señalaron que no se realizan abortos por esta causa en los hospitales, incluso en casos extremos. En enero de 2005, los medios resaltaron el caso de una gestación de alto riesgo de una niña chilena de 9 años que había sido violada por su padrastro. Mujeres de ONG defendían la realización del aborto. La niña fue puesta bajo protección estatal en un hogar para niños porque la madre sabía del abuso sexual.²⁹

Nuevos desarrollos políticos y legales

Chile es una sociedad conservadora más allá de su imagen internacional como una de las democracias más modernas, progresistas y estables de la región. Un indicador de esta contradicción es que el divorcio recién fue permitido en el 2005.³⁰ En relación con el aborto, es poco lo que ha cambiado en los últimos 17 años desde el fin de la dictadura militar.

* Estas cifras corresponden a FONASA, que permite la libre elección del médico en el sistema de salud pública. Asumiendo que estas mismas tasas se aplican en otros establecimientos, podrían haber más de 1,800 casos de embarazo ectópico al año, dado que el sistema de libre elección médica da cuenta del 36% de la atención.

Desde 1989, el país ha visto tres esfuerzos infructuosos por liberalizar la ley: en 1991, 2001 y 2006-07 (Boletín Legislativo N° 499-07, N° 197-11 y N° 4845-11, respectivamente). En contraste, la derecha conservadora ha propuesto una legislación que impondría penas más severas para los culpables de aborto. Incluso bajo la dictadura, los legisladores anti-libre elección no pudieron imponer penas más severas, y se rechazó cuatro proyectos de ley similares entre 1990 y la elección de Bachelet, aunque uno de ellos perdió en el Senado por sólo un voto en 1998. Un decreto del Ministerio de Salud en el 2003 dispuso la emisión de certificados médicos de defunción en casos de aborto espontáneo, cuando los padres reclamaran los restos para ser sepultados.* Aunque en la mayoría de los países occidentales esta práctica se basa en la solicitud de los padres, en Chile los miembros del Congreso presentaron un proyecto de ley sobre el mismo tema en 2007, argumentando que el feto es una persona desde el momento de la fertilización (“concepción” en sus términos), por lo que debe ser tratado como tal (Boletín Legislativo N° 5261-11).

Desde la elección de Bachelet en enero de 2006, se ha dado una oleada de actividad legislativa anti-libre elección. Se han introducido 7 proyectos de ley en poco más de un año, uno de los cuales propone una enmienda constitucional para la descriminalización del aborto, que requiere de una mayoría del 60% para ser aprobada (Boletín Legislativo N°4121-07). Éste y otro proyecto de ley idéntico que proponía la misma enmienda al Código Penal, fueron presentados en menos de dos semanas después que Michelle Bachelet asumiera el poder.

Hoy, el aborto está creando alianzas sin precedentes. Por ejemplo, la bancada “Derecho a la Vida” recientemente creada en el Congreso, incluye diputados de oposición de derecha, demócrata cristianos y otros de la coalición gobernante de centro izquierda (Concertación), que recibió el apoyo de 61 de 120 diputados.³¹ Cuatro diputados, dos de la Concertación y dos de oposición, han propuesto incluso una nueva disposición en el Código Penal para cualquiera que infrinja un daño o lesión al neonato, pero eximiendo a la mujer (Boletín Legislativo N°4307-07). Aunque dicho proyecto de ley podría significar una reparación a las mujeres en caso de daño fatal al feto producto de una negligencia,³² fue probablemente pensado como un paso adelante para

garantizar que el feto sea considerado una persona. Mucho del debate judicial sobre contracepción de emergencia, que ha tenido lugar en Chile desde el año 2001 ha estado también vinculado al estatus legal del feto.^{33,34} Estos mismos diputados presentaron otro proyecto de ley en enero de 2007, proponiendo la construcción de tres monumentos en honor a las víctimas no nacidas del aborto. (Boletín Legislativo N°4818-24).

Otros proyectos de ley clarifican o añaden restricciones a las disposiciones existentes en el Código Penal y el Código de Salud. Una propuesta prohíbe todos los procedimientos quirúrgicos o clínicos, tratamiento, terapia, prescripción o administración de medicamentos que tengan la intención de provocar un aborto (Boletín Legislativo N° 4447-11), aunque no incluye el tratamiento contra el cáncer que puede causar un aborto espontáneo. Otra propuesta incluye al aborto, entre otros, en una lista de delitos penales cuya investigación criminal sería más difícil de suspender para el fiscal (Boletín Legislativo N°4320-07). Otra más, busca anular la aplicación de circunstancias atenuantes en el Código Penal, tales como la ausencia de condenas previas, a casos de aborto (Boletín Legislativo N°4350-07).

Generalmente, la oficina de Bachelet permanece en silencio cuando se aborda el tema del aborto en los medios o en el Congreso. Desde 1990, todos los ministros del Servicio Nacional de la Mujer, incluyendo la actual ministra, han repetido el mismo mantra: el aborto “no está en nuestra agenda legislativa”. Esto refleja las tensiones internas crónicas alrededor de cualquier asunto que involucre la sexualidad y la reproducción,³⁵ que alcanzaron un punto culminante durante el debate sobre contracepción de emergencia que está en vigencia desde el 2001.³⁴

Cualquier propuesta orientada a permitir el aborto terapéutico es difícil en estas circunstancias. Dos diputados que presentaron un proyecto de ley en noviembre de 2006 para descriminalizar el aborto en las primeras 12 semanas de gestación, se encontraron con una respuesta histérica en la oposición, que planteó su exclusión del proceso legislativo como inconstitucional. La Cámara, presidida por un social demócrata progresista, consintió y declaró el proyecto de ley inadmisibles, causando un gran alboroto.³¹ Algunos demócrata cristianos señalaron que su partido abandonaría la coalición de gobierno si el proyecto de ley continuaba su proceso legislativo. Estos argumentos eran defectuosos desde el punto de vista legal y políticamente deshonestos; los cambios en el Código Penal no requieren una enmienda constitucional (Boletín Legislativo N° 4121-07).^{36,37*}

A pesar de los esfuerzos del Ejecutivo para contener la lucha en torno a este tema dentro de la coalición de

* Decreto 216/03 Ministerio de Salud, Gaceta Oficial, 17 diciembre 2003, que modificó el Reglamento General de Cementerios 357, junio 1970.



THOMAS HOEPEK / MAGNUM PHOTOS

Celebration of the inauguration of President Bachelet, Santiago, Chile, 2006

gobierno, se presentó un segundo proyecto de ley sobre el aborto terapéutico con previsiones más amplias que la ley vigente hasta 1989. Además de las excepciones para salvar la vida y salud de la mujer, el proyecto incluía excepciones en casos de violación y cuando el feto presentara malformaciones severas. Esto fue considerado admisible, pero al ser presionado, el gobierno dijo que tampoco el aborto terapéutico estaba en la agenda legislativa del Ejecutivo.³⁸

Desde los años 90, el gobierno chileno ha ignorado las sucesivas recomendaciones de los comités internacionales de derechos humanos acerca de las leyes, políticas y prácticas restrictivas en relación con el aborto en

Chile: del Comité de Derechos Humanos en marzo de 1999, del Comité CEDAW en junio de 1999, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 2004, y del Comité contra la Tortura en 2005. En 2006, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó que Chile revisara su legislación sobre aborto.³⁹

En contraste con la élite política conservadora, los chilenos tienen una visión más progresista de este tema. Una encuesta representativa de mujeres en octubre de 2006 encontró que 75%, 71% y 68% de mujeres, respectivamente, aprobaban la legalización del aborto en casos de riesgo para la vida de la mujer, violación o malformación fetal severa.⁴⁰ Sin embargo, como lo muestran los retrasos en la legislación sobre el divorcio en Chile, una opinión pública favorable no es suficiente aún para lograr que los políticos electos se atrevan a enfrentar las presiones políticas de la iglesia y sus aliados.

Discusión

Aunque las restricciones vinculadas al aborto afectan a todas las mujeres, el peso es mayor para las mujeres de bajos ingresos que dependen de las instituciones públicas

* El proceso político sobre diversos temas ha estado caracterizado recientemente por estas distorsiones en el proceso legislativo democrático y por la manipulación de la información.³⁵ Se han censurado libros de educación sexual y manuales clínicos cuando la iglesia católica o sus aliados presionan a los ministros para evitar la circulación de información considerada contraria a las enseñanzas de la iglesia. Por ejemplo, una publicación dirigida a los padres como parte del programa de educación sexual en 2005, ¿Y ahora, qué digo?, fue archivada por incluir contenidos sobre la masturbación.

de atención de salud, en las cuales el descuido estatal es de consideración. Gran parte del daño a las mujeres no se ve ni se conoce al no existir datos de investigaciones sobre este tema: el trauma emocional de buscar un procedimiento ilegal o gestar un niño no deseado, las consecuencias en la salud en caso de contraindicación de la gestación, o como consecuencia de procedimientos inseguros, el trauma de afrontar un proceso penal si la mujer es descubierta, y la muerte en algunos casos desafortunados.

Los profesionales médicos enfrentan dilemas considerables en los casos en que existe un riesgo para la salud de la mujer. La falta de directrices médicas en torno a cuándo resulta admisible una interrupción del embarazo, sumado al temor de ser acusados, los coloca, tanto como a las mujeres, en una posición muy vulnerable. Cuando el embarazo supone un serio riesgo para la salud de la mujer, los médicos deben esperar hasta las 22 semanas para interrumpirlo. Algunos posponen el tratamiento contra el cáncer e incluso el abordaje de los casos de embarazo ectópico, generando riesgos adicionales a la vida y salud de la mujer. La toma de decisiones médicas bajo estas circunstancias es altamente discrecional y cargada de riesgos éticos y legales.

En casos donde la necesidad de interrumpir el embarazo para salvar la vida de la mujer está clara, las

directrices clínicas católicas permiten un “aborto indirecto” en un país que no acepta el aborto para salvar la vida de la mujer. Aunque esta “válvula de seguridad” permite a los médicos cumplir con su deber, también crea un clima de ambigüedad y negación debido a la ausencia de directrices médicas o leyes específicas que protejan sin lugar a dudas la salud de la mujer, así como a las mujeres y médicos de una eventual implicación judicial.

La actual situación política en Chile no parece favorecer un cambio en las leyes sobre el aborto. El gobierno de Bachelet actuó valientemente para defender el acceso universal a la contracepción de emergencia en los servicios de salud pública, enfrentando la crítica y disensión en sus propias filas en relación con una medida que tenía amplio apoyo popular. Los recientes esfuerzos para liberalizar las leyes o políticas sobre el aborto en Uruguay, Brasil y México sugieren que el cambio en Chile puede depender de la voluntad política de la comunidad médica para asumir este desafío político y buscar modificar el *statu quo*. Sin el liderazgo público de esta influyente comunidad, es poco probable que los líderes políticos asuman los considerables riesgos políticos asociados a la liberalización de la ley en Chile.

Abortion Policies and Practices in Chile: Ambiguities and Dilemmas
Reproductive Health Matters 2007;15(30):202–210

Referencias

1. Hitt J. ProLife nation. *New York Times Magazine*. 9 April 2006.
2. Lynch A. Nicaragua's abortion ban claims another victim. 16 February 2007. *RH 3*. Reality Check blog. At <www.rhrealitycheck.org/blog/2007/02/16/nicaragua-s-abortionban-claims-another-victim>. Accessed 10 March 2007.
3. Pan American Health Organization. Derogación del Derecho al Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en Salud. Nicaragua, February 2007. At: <www.ops.org.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=34&func=fileinfo&id=292>. Accessed 22 August 2007.
4. Rosita A. Bullfrog Films, 2006. Summary at: <www.bullfrogfilms.com/catalog/rosita.html>. Accessed 11 March 2007.
5. Casas Becerra L. Women prosecuted and imprisoned in Chile for abortion. *Reproductive Health Matters* 1997;4(9):29–36.
6. Shepard BL. Report on abortion practices and policies in Chile: results of a literature review and survey of experts. Report for Ford Foundation, Andean and Southern Cone Office, 2006. (Unpublished)
7. Jiles X. De la Miel a los Implantes. Historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. Santiago7 Corporación de Salud y Políticas Sociales, 1992.
8. Schiappacasse V, Casas Becerra L, Vidal P, et al. Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Santiago7 SERNAM, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Corporación de Salud y Políticas Sociales, 2003.
9. Dides C. Aportes al debate sobre el aborto en Chile: derechos, género y bioética. *Acta Bioethica* 2006;12(2):219–29.
10. Singh S, Wulf D. *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*. New York7 Alan Guttmacher Institute, 1994.
11. Singh S, Wulf D. Estimates of abortion levels in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 1994;20:4–13.
12. Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Atención humanizada del aborto inseguro en Chile. Santiago: 2003 and 2005.
13. World Health Organization. *World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva7 WHO, 2005.
14. Casas Becerra L. Informe en derecho: confidencialidad de la

- información médica, derecho a la salud y consentimiento sexual de los adolescentes. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia* 2005;12(3):94–111.
15. Poblete J. Interrupción del embarazo. In: Oyarzún E, editor. *Manual de Alto Riesgo Obstétrico*. Santiago, Chile: School of Medicine, Pontifical Catholic University of Chile. At: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/Interrupcion_embarazo.html>. Accessed 10 March 2007.
 16. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva, 2003. At: <www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf>. Accessed 8 April 2006.
 17. Ross J. Illegal abortions rampant in Latin America. *Women's E-News*. 28 November 2004.
 18. Casas Becerra L, Isla P. Confidencialidad de la Información Médica: Análisis Jurídico de la Situación en Chile. *Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva*. Santiago7 CORSAPS, 2002. p.91–118.
 19. Inter-American Court of Human Rights. *De la Cruz-Flores v. Peru*. Judgment of 18 November 2004. [in Spanish]. Series C, No.115. At: <www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_115_esp1.pdf>.
 20. Maturana C. *Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile a Diez Años de el Cairo*. Santiago7 Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2004.
 21. Defensoría Penal Pública. *Defensa de Mujeres en el Nuevo Sistema Procesal Penal*. Santiago7 Centro de Documentación No.4, December 2005.
 22. Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile. Hechos 2003. Santiago7 Facultad de Derecho Universidad
 - Diego Portales, 2004. At: <www.derechoshumanos.udp.cl/>. Accessed 22 August 2007.
 23. Bascañán A. La licitud del aborto consentido en el derecho chileno. *Revista Derecho y Humanidades* 2004;10:143–81.
 24. Besio M, Chomali F, Neira J, et al. Aborto Terapéutico. Consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del Magisterio de la Iglesia Católica. Santiago7 Facultad de Medicina, Centro de Bioética, Centro de Estudios Jurídicos Avanzados, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2002.
 25. United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. 4th ed. 2001 At: <www.usccb.org/bishops/directives.shtml#partfour>. Accessed 8 April 2006.
 26. Ministry of Health, Chile. *The FONASA system*. Diagnóstico 2002. (Unpublished)
 27. Ferreira da Costa LL, Hardy E, Duarte Osis MJ, et al. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2005;13(26):139–46.
 28. Hooft P. Anencefalia: consideraciones bioéticas y jurídicas. La ausencia de un sustrato biológico mínimo ¿genera diferencia moral? *Acta Bioethica* 2000;6(2): 268–82.
 29. La Nación. SENAME se querrellará por abusos a niña de 9 años embarazada. 11 January 2005. At: <http://216.72.168.50/prontus_noticias/site/edic/2005_01_11_1/home/home.html>. Accessed 23 August 2007.
 30. Shepard BL. The double discourse on sexual and reproductive rights in Latin America: the chasm between public policy and private actions. *Running the Obstacle Course to Sexual and Reproductive Health: Lessons from Latin America*. Westport CT7 Praeger, 2006.
 31. El Diputado Walker tiene una visión utilitarista del poder. *La Nación*. 19 November 2006. At: <www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20061118/pags/20061118210027.html>.
 32. European Court of Human Rights. *Vo v. France*. Application No.53924/00. Grand Chambers Judgment 8 July 2004. § ECHR 2004-VIII. At: <www.echr.coe.int>. Accessed 24 August 2007.
 33. Casas Becerra L. La Batalla de la Píldora, el acceso a la anticoncepción de emergencia en América Latina. *Revista Derecho y Humanidades* 2004;10:183–208.
 34. Casas Becerra L, Contesse J. La píldora del día después. At: <www.gvdireito.com.br/casoteca/Default.aspx?PagId=HJEFVQRK>. Accessed 24 August 2007.
 35. Casas L. Women and reproduction: from control to autonomy? The case of Chile. *American University Journal of Gender, Social Policy & the Law* 2004;12(3):427–51.
 36. Casas L. Aborto: el no-debate sobre aborto. *El Mostrador*. 30 November 2006. At: <www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/noticia_new.asp?id_noticia=203969>. Accessed 11 March 2007.
 37. Casas Becerra L. Del aborto y otros cuentos y la transición democrática. *Revista Foro Chile* XXI 2007;7(65):10–2.
 38. Salinas C, Cisternas H. Ejecutivo no planea legislar sobre aborto terapéutico. *El Mercurio*. 9 March 2007. At: <<http://diario.elmercurio.com/2007/03/09/nacional/nacional/noticias/8402ED49-5AFD-479F-9772-A2ACFE3EE7B7.htm>>. Accessed 9 March 2007.
 39. CEDAW. Final Observations of CEDAW Committee: Chile, CEDAW/C/CH/CO/4, 25 August 2006.
 40. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género Humanas/Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. *Encuesta Mujer y Política* 2006. At: <www.humanas.cl/documentos/Encuesta%202006.pdf>. Accessed 6 March 2007.